

MAYORES Y BIENESTAR PERSONAL

Autora: Paola Martínez Baro

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	10
Hipótesis.....	10
Método.....	10
Participantes.....	11
Instrumentos materiales.....	12
Procedimiento.....	15
Resultados.....	17
• Cuantitativos.....	17
• Cualitativos.....	19
Discusión y conclusiones.....	19
Referencias bibliográficas.....	23

Resumen

A pesar de que el bienestar tiene numerosas definiciones, todas ellas coinciden en que es básico para una buena calidad de vida. Esta necesidad se refiere a toda la población en general, desde la infancia a la senectud. Pero existen diferentes colectivos en los cuales el bienestar se encuentra más deteriorado, como puede ser el de la vejez, debido a la gran cantidad de cambios de valencia negativa con los que se encuentran los sujetos en esta última etapa de sus vidas. Por ello se ha considerado incidir en este tema, para mejorar lo que se cree una necesidad. Existen diferentes formas de aumentar el bienestar, pero según los datos revisados, se ha optado por esta mejora a través de la autoestima, las emociones y las habilidades sociales, ya que son variables todas relacionadas con un aumento de la felicidad personal y una visión de la vida más positiva. Esta labor se lleva a cabo a través de un taller realizado con 23 sujetos mayores de 60 años e independientes. Para medir las posibles modificaciones en el bienestar se utilizó la escala EBP, concretamente las subescalas de bienestar subjetivo y bienestar material. Los resultados obtenidos fueron positivos, demostrando que incidiendo en las variables autoestima, emociones y habilidades sociales, es posible fomentar las competencias personales y con ello aumentar el bienestar del grupo de población más amplio en la actualidad.

Palabras claves: Bienestar, autoestima, emociones, habilidades sociales, vejez

Abstract

In spite of wellness has a lot of definitions, all of them agree in that it is basic for a good life quality. However, wellness is decayed in different collectives, such as in the old age, due to the great quantity of negative changes that old people find in the final stage of their lives. For that, it is considered to influence in this topic, for improving a real need. There are different ways to increase the wellness, but following the review data, the best improvement will be through self esteem, emotions and social skills, because they are variables related with gaining personal happiness and a more positive view of the life. A psychological programme was applied to a sample of 23 independent people over sixty years old. For measuring the possible modifications in the wellness was used EBP scale, specifically the subjective wellness and material wellness subscales. The results were positives, showing that inciding in the variables self esteem, emotions and social skills, it is possible to improve the personal competences, therefore to influence positivity the wellness in the biggest group of the society nowadays.

Keywords: wellness, self esteem, emotions, social skills, old age

Introducción

Actualmente a nivel mundial se está produciendo un envejecimiento de la población, este es debido a la disminución de las tasas de fecundidad y al aumento de la esperanza de vida hasta edades más avanzadas. Lo cual está generando diversos problemas, ya que las proporciones de personas de edad avanzada aumentan más rápidamente que las de cualquier otro grupo de edad, dado que esto ocurre cada vez en más países, hay una gran preocupación acerca de la capacidad de cobertura de la sociedad para cubrir las necesidades que requiere esta transición demográfica. A su vez, el envejecimiento de la población puede ser considerado como un triunfo del desarrollo, debido a las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud y la educación, unido todo ello al bienestar económico (UNFRA, 2012).

En España el índice de envejecimiento de la población está experimentando una tendencia en alza desde finales del pasado siglo. Este índice se refiere al número de personas mayores (65 o más años) por cada cien personas jóvenes (menores de 15 años) (INE, 2012). Mientras en 1900 existían quince personas mayores por cada cien jóvenes, un siglo más tarde esta cifra muestra un aumento muy significativo, siendo más de 117 personas mayores por cada cien jóvenes las existentes en el censo de 2001 (Zoido y Arroyo, 2003). Este cambio ha sido debido a un proceso de crecimiento continuo de este indicador en las últimas décadas, como consecuencia de dos comportamientos diferenciados de ambos grupos de edad que forman el índice de envejecimiento (<15 años y >65 años). Se debe destacar la considerable disminución de la población joven, pasando del 25,7% de la población total en 1981, al 19,3% en 1991, hasta un 14,5% del total de la población en 2001. Por lo tanto mientras que en 1981 el colectivo de jóvenes superaba al de mayores en más de cinco millones de personas, en 2001 se produce un hecho histórico en el cual el colectivo de mayores supera por primera vez, según los datos del censo, al de jóvenes en más de un millón. Este hecho se convierte en un importante cambio en la población española, el cual sigue en aumento (Zoido y Arroyo, 2003). En 2015, la población mayor representaba el 18,4% del total de la población, creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios (Abellán y Pujol, 2015), además hay que tener en cuenta a la generación del “baby-boom”, que iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024, lo que producirá un aumento notable en la proporción de personas mayores (INE, 2012). Según las estimaciones la proporción de la población mayor habrá

aumentado hasta el 40,2% para el año 2050, lo cual situará a España como una de las poblaciones mundiales más envejecidas. Conceptos muy relacionados con este fenómeno son los de esperanza de vida y calidad de vida. En 2014, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,6 años, y los hombres de 80,1 años, hay que destacar que la esperanza de vida de la población española se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea (Abellán y Pujol, 2015). Este aumento de la esperanza de vida tiene consecuencias sociales, por ejemplo en la ocupación de hospitales, ya que los mayores suponen el 43,3% de todas las altas hospitalarias, y además sus estancias son más largas que las de la media de la población general. También se ha producido un aumento de la calidad de vida de las personas mayores, en la vida cotidiana se pueden apreciar ejemplos de mejora de ésta, a destacar el retraso de la edad de jubilación hasta los 70 años para ciertos funcionarios, como son los jueces y los profesores de universidad, la ampliación de la edad de donantes de sangre a 65 años en lugar de 60 años, como era anteriormente. (Abellán y Pujol, 2015).

Es importante tener en cuenta las causas de muerte de este sector de la población, la principal causa está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer (tumores) es la segunda causa de muerte, en tercer lugar, distanciada de las dos primeras, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias, y en los últimos años, destaca sobre todo el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (Abellán y Pujol, 2015).

Este fenómeno es tan importante en España que la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, en el año 2002, fue convocada en Madrid. En ella se trataron las dificultades del rápido envejecimiento de la población, para ello se aprobó el plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento, centrado en incorporar a las personas de la tercera edad en el desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar en la vejez y asegurando entornos propicios y de apoyo. Dicho plan impulsa a cambiar las actitudes, las políticas y las prácticas para asegurar que las personas mayores sean consideradas como participantes activas en el proceso de desarrollo, cuyos derechos es preciso respetar. Los resultados de este plan han sido analizados al cabo de diez años, evaluando los progresos conseguidos. Entre ellos se ha producido una elevada productividad de las personas mayores de 60 años, en calidad de voluntarios, cuidadores, empresarios, además de otras actividades. Pero para conseguir un avance mayor se necesita que los gobiernos, las comunidades y las entidades de la sociedad civil se

comprometan a replantear la sociedad del siglo XXI para adecuarla a las realidades demográficas del mismo. Para conseguir este avance es necesario tener presente que la generación de personas de edad avanzada no es un grupo homogéneo, es importante no estandarizarlas como categoría única y reconocer en cambio, que el grupo de mayores presenta una diversidad tan grande como cualquier otro grupo de edad, en lo que se refiere a edad, sexo, grupo étnico, educación, ingreso y salud, entre otros. Cada persona tiene necesidades e intereses particulares que son precisos tratar específicamente mediante programas y modelos de intervención ajustados a esas particulares características (UMFRA, 2012).

Podemos dividir a este grupo en dos grandes conjuntos muy diferenciados: mayores dependientes y mayores independientes. En este sentido se han desarrollado nuevos conceptos como el de esperanza de vida activa versus esperanza de vida dependiente, partiendo de la dependencia física o la necesidad de otras personas para poder satisfacer la mayor parte de las actividades diarias. La dependencia está ligada a la incapacidad, que es la necesidad de asistencia para hacer frente a las actividades de la vida cotidiana, se suelen categorizar dos tipos de actividades, las primeras inciden en el aspecto físico de las personas y el cuidado personal (comer, asearse, etc.), en segundo lugar están las actividades domésticas y el mantenimiento de la vida cotidiana, como realizar las tareas del hogar o usar medios de transporte. Para que se desarrolle la incapacidad no es necesario que el anciano tenga malas condiciones físicas, pues las condiciones sociales, económicas o psicológicas, limitan notablemente la autonomía personal (Mazo, García, Maiztegui y Martínez, 1999). La incapacidad está muy influenciada por la edad, debido a que aumenta especialmente tras los 80 años, etapa en la cual las enfermedades degenerativas tienen mayor incidencia. Para poder hacer frente a la incapacidad de las personas mayores surgieron las residencias, éstas son recientes en nuestro país, ya que no es hasta los años 70 cuando comienza la primera etapa de construcción de residencias por parte de la seguridad social, éstas sustituyen a los antiguos asilos o instituciones de beneficencia destinadas a los sectores más desfavorecidos (Pía, 1999.; Mazo *et al.*, 1999). En los años 80 se produce un giro en la construcción y gestión de estos centros, ya que se comienza a tener presente la importancia de ofrecer prestaciones y servicios de calidad. Entre otras características, estos centros cuentan con un número más reducido de usuarios que en los años 70, desde el sector público se pretende atender a la calidad de las instalaciones, la formación de los profesionales y

mejorar los programas de intervención. Actualmente el objetivo general de la intervención en las residencias es facilitar el mantenimiento de la autonomía (Mazo *et al.*, 1999). Según Yanguas (2006) se ha pasado de los modelos benéfico-asistenciales (década de los 70) a los modelos paternalistas y hosteleros que imperaron a principios y mediados de los ochenta y de éstos a modelos que progresivamente asumen que la calidad de vida de la persona mayor y su familia deben constituir el objetivo principal en el que se debe basar toda la atención. Sin embargo, se han encontrado diversos efectos negativos derivados de la institucionalización. Según el IMSERSO (2006), entre éstos se encuentran: pérdida del contacto con la realidad y falta de responsabilidades y de toma de control, sobre todo relacionado con las tareas de la vida cotidiana.

Hoy en día debido al creciente número de jubilados y a la mejora del estado de salud de éstos, además de las residencias a tiempo completo existen otros tipos de centros, en los cuales no han de estar institucionalizados, pero sí pasan parte de su tiempo realizando actividades que fomentan su autonomía y bienestar, entre ellos podemos mencionar los centros de día, residencias diurnas o las diferentes asociaciones para mayores.

En otro orden de cosas, el envejecimiento de la población ofrece desafíos económicos, sociales y culturales a las personas mayores, las familias, las sociedades y la comunidad mundial. Como explica el Secretario General de las Naciones Unidas Ki-moon (2012) el envejecimiento de la población produce unas consecuencias sociales y económicas sin precedentes, las cuales involucran a la sociedad en general y a la comunidad mundial, debido a que exceden al ámbito inmediato de la propia persona y de su familia.

La sociedad española actual está reconociendo la necesidad de actuar en este colectivo de la población, por ello en las pasadas elecciones del 26 de junio del 2016, los principales partidos políticos elaboraron propuestas para potenciar el envejecimiento activo, lo cual demuestra la gran importancia que tiene este tema actualmente (Molina y Rodríguez, 2016). El envejecimiento activo, es una medida para prevenir la dependencia asociada al proceso de envejecimiento, y con este tipo de actuaciones se consigue reducir el coste que pueda producir envejecer en la sociedad (Molina y Rodríguez, 2016). En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica el documento “Active Ageing A policy framework” (World Health Organization, 2002) en el cual se define el envejecimiento activo como un proceso de optimización de las oportunidades de salud,

seguridad y participación para mejorar el bienestar y la calidad de vida según se envejece; además, en esta misma publicación la OMS establece los componentes del envejecimiento activo: ambientales, económicos, servicios sociales y sanitarios, conductuales y personales. Los cuatro primeros factores dependen necesariamente de las políticas públicas. En el 2015 el International Longevity Center Brazil (ILC) añadió otro factor más, la formación a lo largo de la vida como necesidad para optimizar la calidad de vida de las personas mayores. En nuestra opinión, en estos tres últimos juega un papel fundamental el conocimiento de uno mismo, de los cambios que se han producido a lo largo de los años (tanto en la persona como en la sociedad) y la valoración que la persona hace de sí misma.

Debido a que las personas mayores se encuentran en un momento en el cual la lucha por el control de su cuerpo es más ardua, ya que en el proceso de envejecimiento se producen muchos cambios corporales inevitables, además de cambios en el estado de salud y mental del sujeto, la autoestima del mayor se puede ver afectada negativamente, por lo tanto se necesita de un gran esfuerzo personal para atenuarlos. Para Villar, Triadó, Solé, y Osuna (2003), las personas mayores se encuentran en un momento vital en el que la vida está limitada en un sentido cuantitativo, ya que las probabilidades de enfermedad y disfunción son muy elevadas. En esta edad los problemas de salud generan un estrés habitual en el mayor, por tanto es básico luchar por mejorar la calidad de vida de esta población, por la multitud de cambios a los que se deben enfrentar por el mero curso de la vida. Pero este concepto aún hoy en día no queda claramente definido, para Yanguas (2006), la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras. Según Terol *et al.* (2000), existe acuerdo en cuanto a que la calidad de vida, como constructo, debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado y, por otro lado, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y como el paciente los percibe. Una de las bases al evaluar la calidad de vida parece ser el bienestar que percibe la persona. Según Cava y Musitu (2000) no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social, teniendo en cuenta que estas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. Además el bienestar es importante para la prevención y

recuperación de enfermedades físicas, permitiendo incluso aumentar la esperanza de vida, debido a que el bienestar predice resultados positivos en relación con la salud, ya que parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos protectores como es el sistema inmune. Está relacionado con la elección de conductas saludables, favorece el buen afrontamiento de los problemas de salud y también mejora la capacidad para manejar el estrés (Vázquez, Hervás, Rahona, Gomez, 2009).

El bienestar psicológico está asociado al logro de nuestras metas, es un proceso en el cual se consiguen los valores que hacen sentirse vivo, los cuales hacen crecer como personas. Las medidas de bienestar definidas por Ryff (1989) son: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Estas dimensiones muestran diferentes cambios según la edad. Según Villar *et al.*, (2003), algunas dimensiones muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables. La autoaceptación y las relaciones positivas permanecen relativamente estables, mientras que la dimensión de competencia ambiental, es más alta en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, aunque permanece estable de la mediana edad a la vejez. La autonomía sigue una trayectoria parecida aunque el crecimiento de la juventud a la mediana edad es menor. En cambio las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal, relacionadas con el bienestar psicológico, tienden a disminuir según se avanza en la edad, siendo esta disminución muy acusada entre la mediana edad y las personas mayores. Sin embargo, estas creencias sobre autoeficacia o independencia que tiene el propio sujeto sobre sí mismo se pueden mejorar con actividades que sean un reto para el mayor, lo cual aumentaría el sentido de competencia; a su vez, la creencia sobre la competencia puede mejorar a partir del aprendizaje vicario, observando a personas similares realizando actividades que considera que son imposibles para sí mismo. Para aumentar la autoeficacia es muy adecuado utilizar el apoyo social y el refuerzo. Por ello la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, además de centrarse en la salud física debe de tener en cuenta otras variables, como son las psicológicas debido a que estas influyen directamente en la calidad de vida y en la modificación de las variables de carácter meramente físico.

Además, con estas variables psicológicas se puede influir positivamente en la capacidad de cambio y adaptación a las nuevas situaciones en las que se encuentran, lo que lleva a la mejora del bienestar personal, lo cual es básico para un desarrollo óptimo. Según Reid (2004) la variable autoestima es la que tiene relaciones más significativas con

el bienestar. Para las personas mayores la autoestima es clave, ya que el sujeto debe valorar sus habilidades y características, las cuales muestran diferentes cambios objetivos en comparación con años atrás, además la persona mayor está en una situación física, social y culturalmente deteriorada, por tanto se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora de manera muy negativa (Trujillo, 2005). La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor. Por tanto cuando se realiza una intervención en la autoestima y la autoeficacia se consigue aumentar la motivación en las personas mayores, aportándoles las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes relacionados con la edad, mostrando actitudes de autocuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios del envejecimiento (Ortiz y Castro, 2009).

Por otro lado, para fomentar el bienestar también es favorable una adecuada educación emocional, ya que ésta mejora la calidad de vida y actúa como un factor de protección ante los problemas psicológicos y físicos que surgen durante la vida (Richman *et al.*, 2005), debido a que atender al estado emocional de los sujetos fomentando las emociones positivas favorece la salud al igual que lo hace la actividad física, la buena alimentación o dejar de fumar (Vázquez *et al.*, 2009). Por lo tanto es importante tener en cuenta que en las personas mayores hay que hacer gran hincapié en la atención emocional, para fomentar el reconocimiento de las emociones; en la facilitación emocional para trabajar la conexión de pensamientos y emociones; y, en la regulación emocional, para favorecer el control adecuado de las emociones (López, Fernández, y Márquez, 2008).

Otro factor a tener en cuenta para mejorar el bienestar son las habilidades sociales. Según Buz y Bueno (2006), las relaciones sociales que las personas mayores mantienen con otros sujetos son importantes para su salud y su bienestar. Como dicen Ballester y Gil (2002), la competencia social da sentimientos de autoeficacia, que son básicos para la autoestima, pues ser reconocido y aceptado por otros produce un impacto favorable en la autoestima y ello refuerza la satisfacción vital. Además, si estas relaciones son con personas de otras generaciones, prolongan la independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionan. En la senectud, más que en otras etapas de la vida, las relaciones intergeneracionales adquieren una importancia notable por el impacto sobre el individuo, ello parece explicarse por el hecho de que fomentan la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables. Para favorecer estas relaciones intergeneracionales es propicio tener un buen conocimiento sobre las habilidades sociales, de esta manera las

relaciones serán más prósperas y favorecedoras. En el tema de las relaciones sociales es importante destacar que estas son fundamentales en cualquier etapa evolutiva, pero en la última etapa adquieren una gran importancia, ya que éstas se van reduciendo a lo largo de la vida, debido al fallecimiento de los padres, hermanos, amigos, parejas... (López *et al.*, 2008).

Todos estos aspectos están muy relacionados con la labor psicológica, por lo cual se puede deducir que esta figura profesional es fundamental en el envejecimiento activo y sobre todo en el bienestar del sector de la población más numerosa actualmente en la sociedad española.

Objetivos

- Favorecer el bienestar en la senectud
- Comprobar la eficacia del programa de intervención “Bienestar en la Gran Edad”, a través de la evaluación del bienestar psicológico y material del EBP (Escala de Bienestar Psicológico)

Hipótesis

- Hipótesis 1: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Subjetivo tras la intervención.
- Hipótesis 2: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Material tras la intervención.
- Hipótesis 3: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Total tras la intervención.

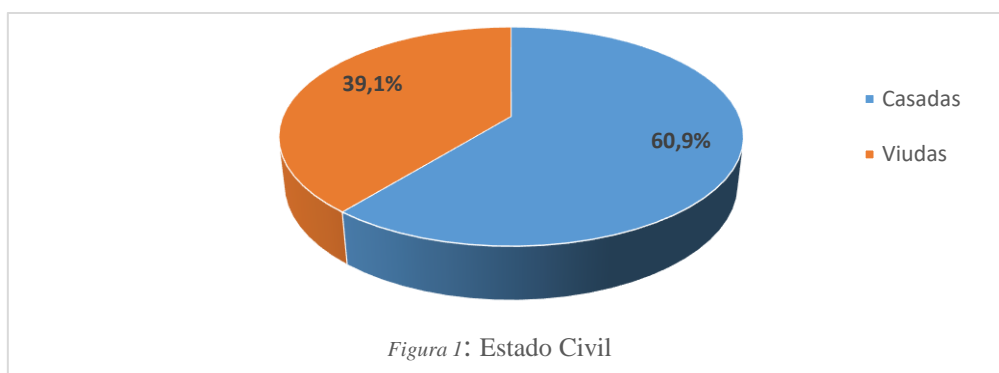
Método

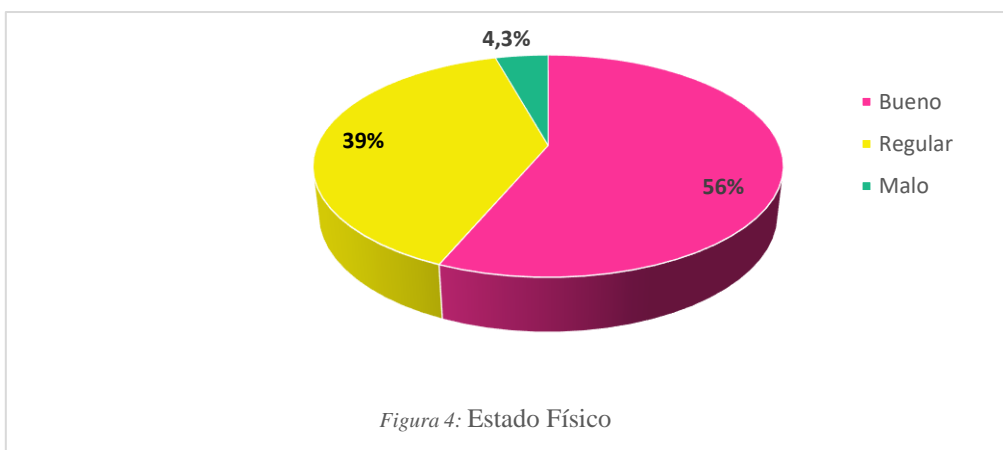
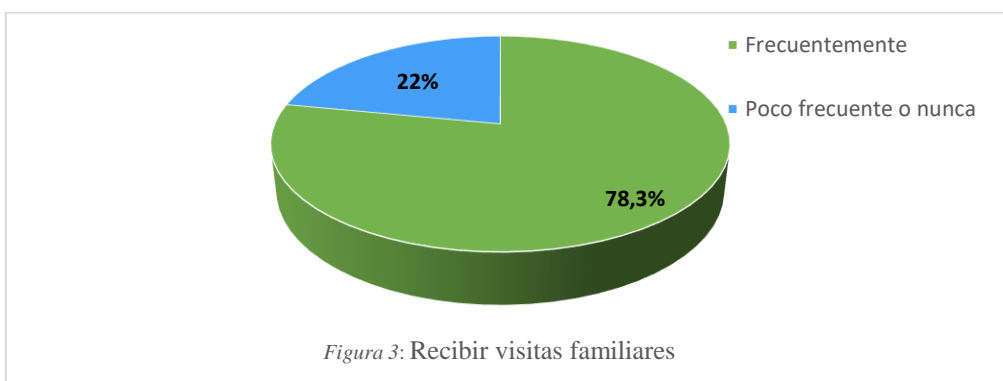
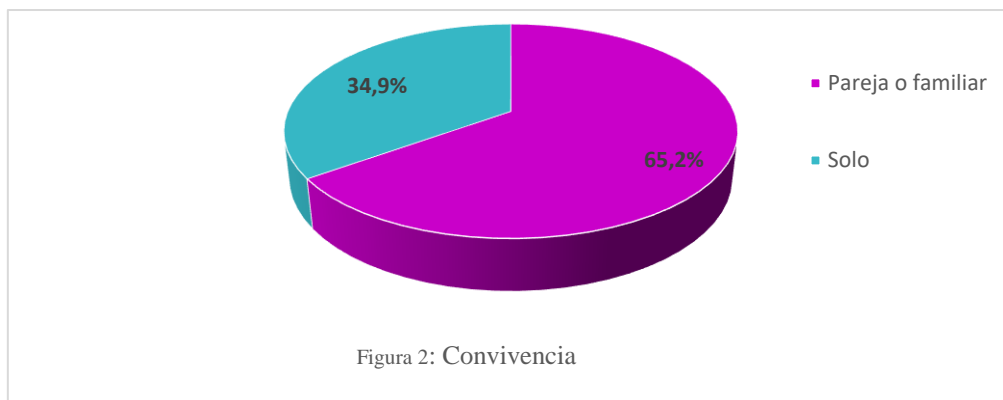
Este trabajo responde a la aplicación de un Programa de Mejora del Bienestar personal a través de tres aspectos cruciales como son la autoestima, el conocimiento emocional y las habilidades sociales. Se ha utilizado un diseño pretest-posttest con medidas repetidas de la Variable Dependiente (Bienestar Personal medido a través del EBP de Sánchez-Cánovas, 199) antes y después de la aplicación del “*Programa de Bienestar en la Gran Edad*” que sería la Variable Independiente de este estudio.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 23 personas de entre 61 y 81 años, con una media de 68,9 (D.T 5,1). El 82,6 % (N=19) eran mujeres y el 17,4% hombres (N=4).

En cuanto al estado civil, había un predominio de personas casadas (60.9%), frente a 9 participantes (39.1%) que eran viudas (figura 1). Sólo uno de los participantes (4.3%) manifiesta vivir en una zona rural, mientras que 22 participantes (95.6%) viven en zona urbana. Respecto al nivel educativo, el 100% posee estudios primarios o no tienen estudios. En cuanto a la convivencia, la mayoría vive con su pareja o algún familiar (65.2%), mientras que el resto (34.9%) vive solo (figura 2). Respecto al nivel económico la gran mayoría (95.6%) manifiesta tener un nivel económico medio, mientras que solo uno de los participantes dice tener un nivel económico bajo (4,3%). En cuanto a recibir visitas tanto de familiares como de amigos, 18 participantes manifiestan que reciben visitas con frecuencia (78.3%), mientras que 5 participantes (22%) dicen que no reciben visitas o que éstas son muy poco frecuentes (figura 3). Sobre el estado físico, la mayoría (56%) manifiesta contar con un buen estado físico, mientras que 9 usuarios (39%) expresan que su estado físico es regular, en cambio solo 1 de los usuarios dice tener un mal estado físico (figura4). Refiriéndonos a la toma de medicación, el 95,6% manifiestan tomar medicación, mientras que solo el 4,3% no la toma.





Instrumentos Materiales

- Cuestionario Psicosocial (elaboración propia): recoge datos de tipo socio-demográfico, tales como el género, el estado civil, el nivel de estudios (con dos niveles: estudios básicos o estudios superiores), profesión ejercida, nivel económico (alto, medio, bajo), zona de residencia (rural o urbana). También se recoge el tipo de convivencia (solo, pareja, otros familiares u otra persona).

Otro dato se refiere a si recibe visitas o no de familiares o amigos y la frecuencia de ésta (alta, media, baja). Finalmente, se realizan dos preguntas relacionadas con el estado de salud, la primera sobre el estado físico (bien, regular, mal) y la segunda se trata de una pregunta dicotómica sobre si toma medicación.

- Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas (1998). Este instrumento puede ser autoaplicado a nivel individual o grupal, se utiliza a partir de 17 años. Esta escala evalúa el grado de Bienestar general de la persona, a partir del grado de felicidad y satisfacción con la vida. La duración de la aplicación es en torno a unos 20 minutos. Consta de 65 ítems a partir de cuatro subescalas (bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y bienestar en las relaciones de pareja). Las dos primeras deben aplicarse conjuntamente, por lo que quedarían tres bloques que se pueden aplicar independientemente o unidos entre sí.
 - Bienestar psicológico subjetivo. Consta de 30 ítems, con una puntuación máxima de 150, se refiere a la satisfacción con la vida o la felicidad por una parte y al afecto positivo y negativo por la otra, a mayor puntuación mayor es la percepción subjetiva de bienestar.
 - Bienestar material. Consta de 10 ítems, con una puntuación máxima de 50, se refiere a la percepción subjetiva que tiene el sujeto sobre los ingresos económicos y las posesiones materiales.
 - Bienestar laboral. Consta de 10 ítems, con una puntuación máxima de 50, se refiere a la satisfacción o insatisfacción laboral, su importancia es debido a lo relacionado que está el bienestar laboral con la satisfacción general.
 - Bienestar en las relaciones de pareja. Consta de 15 ítems, con una puntuación máxima de 75, se miden diferentes aspectos relacionados con la satisfacción en la pareja, como son: establecimiento de las relaciones satisfactorias, ajuste conyugal y el grado de acomodación de la pareja en una etapa concreta. Es una parte de la escala de bienestar debido a la importancia que tiene la relación de pareja con la satisfacción general del sujeto.

En esta investigación solo se pasó los primeros 40 ítems correspondientes a las subescalas de bienestar psicológico subjetivo y bienestar material, esto se debe a las características de la muestra, ya que en torno a la mitad de los sujetos carecían de pareja y todos ellos en el momento de la aplicación estaban retirados del mundo laboral. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert, desde uno (nunca) a cinco (siempre). Para su aplicación en primer lugar se explica en qué consiste la escala y cómo se debe aplicar, en un primer momento se comenzó realizándola en el taller con la ayuda de la monitora, para comprobar la comprensión de los ítems y de la realización de la misma. Tras asegurar que se entiende su realización y debido al poco tiempo del que se disponía y tras petición de los usuarios, se decidió que se realizara de manera autoaplicada en casa, por la presión y el agobio que suponía para ellos realizar la escala con un tiempo limitado y en condiciones poco adecuadas para escribir, ya que no se disponía de mesas.

- Material del Intervención: “*Programa de Bienestar en la Gran Edad*”. Este programa de elaboración propia, basado en diferentes materiales sobre el bienestar, dinámicas y actividades, entre ellos: *Programa de Mejora de las Habilidades Sociales “3CP”*, *70 Ejercicios Prácticos de Dinámicas de Grupo*, junto a otros materiales. Este manual ha sido la base de la intervención, la estructuración del mismo fue:
 - Título del tema a tratar. Con los títulos se ha intentado despertar interés en los participantes por el tema, por ello se han escogido títulos llamativos acompañados de una frase célebre relacionada con el tema.
 - Exponer la tarea para casa mandada en la sesión anterior. Tras comentar el título, cada participante muestra o explica cómo ha realizado la actividad para casa, los resultados obtenidos y que objetivos ha conseguido con su realización. Si se cree oportuno se realiza una ronda de opiniones sobre lo realizado por los compañeros y sus conclusiones.
 - Explicación del tema. Este apartado se realiza de manera muy dinámica, utilizando muchos ejemplos o anécdotas y con la ayuda de imágenes relacionadas con el tema, para propiciar el interés de los usuarios del taller. Durante la explicación se permiten las preguntas de los participantes u opiniones de los mismo, siempre que se realicen de manera ordenada y respetando el turno de pregunta.

- **Dinámica.** En todas las sesiones se ha realizado una dinámica relacionada con el tema, para favorecer el entendimiento de los mismo y la relación con los compañeros y la monitora, a la vez que se introduce la diversión en el taller, mejorando la atención y el interés por parte de los usuarios.
- **Relajación.** Para terminar la sesión se utiliza la relajación, ésta se realiza bajo las instrucciones de la monitora, utilizando la respiración diafragmática y con la ayuda de música relajante.
- **Tarea para casa.** En todas las sesiones se manda alguna actividad para realizar en casa relacionada con el tema que se ha tratado. Estas actividades son muy sencillas, con el objetivo de extrapolar lo aprendido a la vida diaria de los usuarios, además les sirve para poder afianzar mejor los conocimientos y tener un dossier de actividades que podrán realizar tras la finalización del taller.
- Todas las sesiones han seguido la misma estructura, exceptuando la primera y última sesión, debido a que durante la primera sesión se exponen los objetivos del taller, se realizan las presentaciones tanto de la monitora como de los usuarios, se firma el consentimiento informado para participar en la investigación y se explica la escala EBP y el cuestionario de variables sociodemográficas, que se utilizaran para el pretest. Durante la última sesión se realiza la despedida, se recogen los datos posttest, siendo esta una sesión más dinámica, sin contenido teórico.

Este programa ha intentado ser muy dinámico y visualmente atractivo, para despertar el interés de los usuarios y mantener la atención de los mismos. Las presentaciones se realizaron a través del uso de PowerPoint, combinado con dinámicas muy participativas y de interés para el grupo de edad.

Procedimiento

La obtención de la muestra de participantes se realizó a través del centro de Participación Activa de Puerto Real. Una vez realizados los trámites previos, para poder realizar el taller y la posterior investigación, se procede a la presentación del taller a los usuarios de centro por las diferentes salas, donde se explicaba en qué consistía el programa, los diferentes temas a tratar, la dinámica del mismo, así como el único requisito para poder participar, tener cumplidos los 60 años. Tras estas presentaciones se realizó

un poster donde se daba publicidad al programa, exponiéndose en los paneles de anuncio del centro, junto con el día y lugar para la inscripción. Debido al gran número de interesados se procedió a realizar dos listas de participantes, una lista con 20 usuarios seleccionados en función del orden de llegada y la edad inicial; y una segunda lista de participantes en espera. Finalmente se incluyó a todos los participantes que solicitaron el programa, un total de N=23.

El programa de intervención se desarrolló durante 10 sesiones de hora y cuarto cada una, a lo largo de los meses de abril y mayo de 2016, distribuidas en dos sesiones por semana, los lunes y los miércoles. El lugar de impartición de las sesiones fue en el salón de actos del centro. La distribución de los usuarios se realizó en forma de U, para poder realizar el programa de manera más dinámica, donde todos los participantes pudieran verse las caras directamente y de esta forma hacer más fácil la participación; los usuarios permanecían sentados durante la realización del taller, por comodidad para los mismos, a pesar de que en determinados momentos se realizaban dinámicas en las cuales se utilizaba todo el aula y debían interactuar por ésta. En estas situaciones siempre se ha tenido presente la movilidad de los usuarios, para que todos participen en las actividades, haciéndolas de diferentes maneras según las posibilidades de cada sujeto. El salón contaba con un proyector donde se exponía el taller a partir de una presentación con diapositivas, éstas servían como apoyo a la información expuesta por la monitora, además se realizaban dinámicas de grupo y exposición de ideas de los participantes, junto con una ronda de preguntas por parte de los usuarios. En todo momento se intenta crear una buena relación grupal y un ambiente de relajación, armonía, comprensión y confianza entre todos los participantes. Durante las dos primeras sesiones se notaba cierta desconfianza por parte de los usuarios, al ser una actividad que nunca se había realizado en el centro y al no tener claro que es lo que se trataría en el taller, por ello se realizaron sesiones más centradas en la terapeuta, con más contenido informativo. A partir de la tercera sesión la dinámica del taller cambio, ya que los participantes adquirieron mayor confianza, por lo cual se comenzó a desarrollar como una dinámica de grupo, donde todos los usuarios participaban y contaban sus experiencias relacionadas con el tema tratado y ellos mismos junto a la monitora daban respuestas a los problemas o preguntas de sus compañeros.

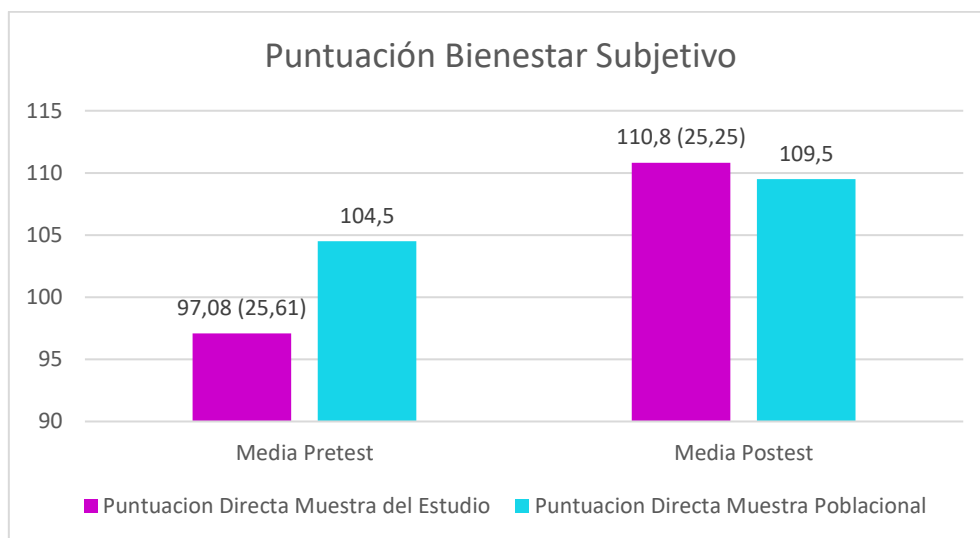
Resultados

Resultados cuantitativos

Los análisis de datos se han realizado utilizando el paquete estadístico SPSS. Para la obtención de los datos en primer lugar se comprobó la normalidad de las variables a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dando como resultado que la distribución de las variables era normal.

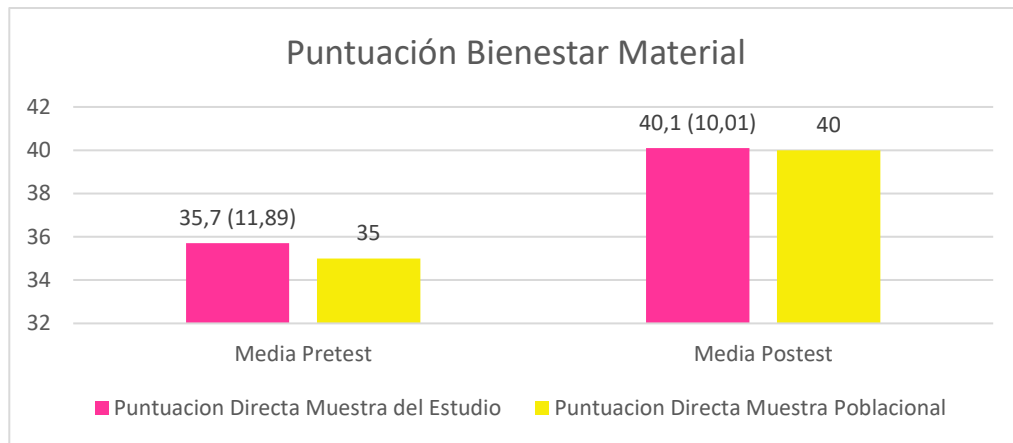
A continuación se muestra la comparación de medias de pretest y posttest, todo ello desglosado por hipótesis:

Hipótesis 1: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Subjetivo tras la intervención.



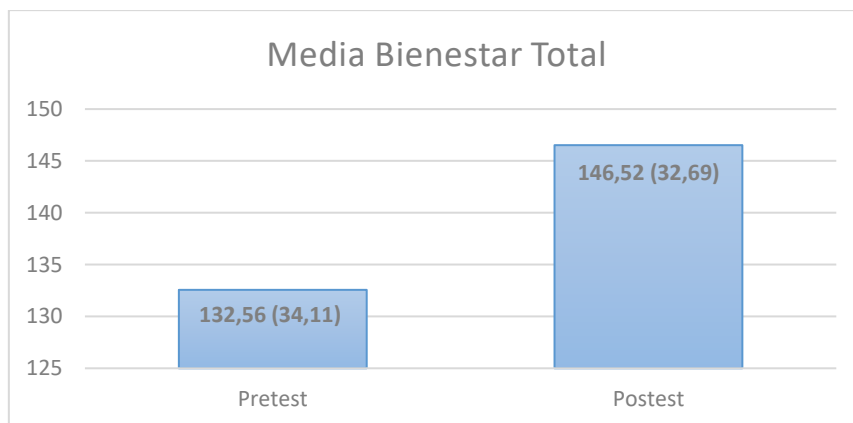
En esta gráfica se observa cómo en el pretest la puntuación de la muestra se encuentra por debajo de la media, concretamente, según los datos del EBP está en el centil 35, mientras que en el posttest la puntuación de la muestra ha aumentado superando a la media poblacional, encontrándose ahora en el centil 60. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t_{20}=-5,12$; $p < .000$) con lo cual se cumple la hipótesis 1.

Hipótesis 2: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Material tras la intervención.



En esta grafica se observa como tanto en el pretest como en el posttest la media de la muestra del estudio está más elevada que la muestra poblacional, encontrándose el pretest en el centil 55 de la muestra poblacional, mientras que el posttest se encuentra en el centil 75. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t_{20}=-2,34$; $p < .029$) con lo cual se cumple la hipótesis 2.

Hipótesis 3: los mayores que han participado en el Programa “Bienestar en la Gran Edad”, aumentarán sus puntuaciones en Bienestar Total tras la intervención



En esta grafica se observa como ha aumentado la media del posttest en comparación con la media del pretest. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t_{20}=2,59$; $p < .017$) con lo cual se cumple la hipótesis 3.

No es posible obtener la media poblacional de la puntuación directa total debido a que en el estudio solo se han utilizado las variables de bienestar subjetivo y bienestar material, mientras que en el total poblacional del EBP están añadidas las cuatro categorías

(psicológico subjetivo, material, laboral y pareja), por lo cual no es comparable con los resultados de esta investigación.

A nivel general los resultados muestran que la intervención ha tenido un efecto significativo produciéndose un aumento del bienestar subjetivo y del bienestar material y, en concordancia, en el bienestar psicológico.

Resultados cualitativos

Los resultados cualitativos se obtienen a partir de los comentarios de los usuarios (*“ahora se mis fallos y como solucionarlos”*; *“nunca pensé que la psicología me ayudaría tanto, pensaba que era muy diferente”*; *“estoy deseando que lleguen los lunes y los miércoles para venir al taller”*...) y de la aceptación que tiene el taller por parte de los miembros del centro de participación activa. También durante la última actividad de generalización realizada por los usuarios (exponer el significado que para ellos ha tenido la asistencia y participación en el taller, a través de diferentes métodos: dibujo, poesía, canto, baile, según las habilidades de cada participante) se demuestra el interés que ha generado y lo favorable que ha sido el taller para todos los participantes (traer una vela y comentar que el *“taller ha dado luz a su vida”*, realizar un poema sobre los beneficios obtenidos con el taller...). Además durante la realización del mismo, debido al *boca a boca* siempre surgían nuevas incorporaciones, aconsejadas por los usuarios del taller. Estos resultados complementan los datos cuantitativos de significatividad encontrados en el estudio.

Discusión y conclusión

El principal objetivo de este trabajo ha sido mejorar el bienestar de la población mayor, para ello se ha realizado un taller en el cual se ha trabajado la autoestima, las emociones y las habilidades sociales. Para medir los resultados se ha utilizado la escala EBP con la cual se ha medido el bienestar subjetivo y material de los sujetos.

Los datos presentados son de una muestra pequeña, con lo que los resultados tienen evidentes limitaciones metodológicas. A pesar de ello, este estudio aporta datos muy significativos, debido al reducido número de investigaciones que existen referente a los mayores y el bienestar. Por lo tanto estos resultados nos invitan a realizar reflexiones generales acerca de algunos aspectos que se discuten a continuación.

A través de los datos obtenidos, en esta investigación se deduce que con la aplicación de un programa de corte socioafectivo se mejora el bienestar de los mayores. Esta mejora es posible porque los mayores se adaptan a los nuevos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas. Durante la realización del taller, han aplicado los nuevos conocimientos a su vida diaria, por lo que han aumentado sus niveles de bienestar, además, los beneficios de este taller son posibles porque esta población es capaz de modificar sus metas, adaptándolas a las situaciones en las cuales se encuentran (Zamarrón 2006).

Las mejoras conseguidas en el presente estudio sobre el bienestar están apoyadas por diferentes investigaciones, como la de Barra (2012) con estudiantes chilenos, donde se demuestra que la autoestima tiene una gran influencia sobre el bienestar psicológico. Este dato también es consistente con otros trabajos sobre el bienestar subjetivo en culturas occidentales (Diener, Diener, 1995; Alonso *et al.*, 2007). Estos estudios están realizados en personas jóvenes, pero a través de los datos que se han obtenido en esta investigación se puede deducir que una intervención en autoestima tiene efectos similares en las personas mayores. En el trabajo realizado por Alonso *et al.* (2007), también se mostró una relación significativa entre la autoestima y el bienestar psicológico, esto se puede explicar debido a que la calidad de vida y el bienestar están influido por la forma en la cual la persona se percibe y se valora. Tal como demostró un estudio longitudinal de más de 20 años, las personas que tienen una visión sobre su envejecimiento más positiva vivían una media de 7,6 años más que los que tenían una visión negativa sobre su envejecimiento (Levy, Slade, Kunkel, y Kasl, 2002). Por ello se puede deducir que al tratar la variable autoestima, los sujetos han obtenido una visión y valoración de sí mismos más positiva, lo cual lleva a un aumento de su bienestar.

Además en esta investigación se ha diseñado un programa en el que se incluyen las habilidades sociales. Como dice Contini (2008), todas la personas pasan una gran parte de su vida interactuando con otros, esta necesidad de los seres humanos de tener vínculos interpersonales es debido a que las relaciones sociales positivas son una de las mayores fuentes de satisfacción y bienestar personal, por ello la importancia de incluir las habilidades sociales en este estudio. Éstas se pueden tratar a través de talleres debido a que son comportamientos aprendidos y éstos se pueden obtener a través del lenguaje hablado, por medio de preguntas, instrucciones o sugerencias (Monjas, 2000). Por tanto el tema de las habilidades sociales tiene una gran importancia, ya que la implicación en

la vida social del entorno proporciona a las personas mayores una gran variedad de beneficios. Además la participación en actividades socioculturales, como puede ser la participación en el taller “Bienestar en la Gran Edad”, contribuye al sentimiento de utilidad que perciben en la dedicación de su tiempo y de sus energías (Cuadros, 2013), teniendo éstas una gran importancia ya que son una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal (Contini, 2008).

Además de la autoestima y las habilidades sociales para mejorar el bienestar de los sujetos, también es básica la inteligencia emocional, como exponen López *et al.* (2008). Existe una gran cantidad de investigaciones sobre inteligencia emocional centradas en niños y jóvenes, pero sobre las personas mayores son muy escasas, por ello la importancia de este estudio, ya que aporta conocimientos pocos explorados en la actualidad y propone una línea de actuación relativamente nueva hasta el momento. Los mayores pueden obtener grandes beneficios en estos programas, ya que la inteligencia emocional está formada por habilidades que pueden aprenderse durante todo el ciclo vital, por tanto, es favorable para esta población contar con un entrenamiento adecuado (Grewall, Brackett, y Salovey, 2006). Con el desarrollo de la inteligencia emocional se adquieren nuevas competencias o se mejoran y potencian las que ya se han obtenido (Richman *et al.*, 2005). Según las investigaciones de Lawton (2001), durante la etapa adulta se producen numerosos cambios, tanto a nivel biológico, cognitivos y sociales. Estos cambios son fáciles de identificar y por ello el sujeto puede prepararse para afrontarlos o adaptarse a ellos. Sin embargo, los cambios sobre el funcionamiento emocional, son muy difíciles de detectar, por ello un adecuado conocimiento sobre la inteligencia emocional ayuda a reconocer estos cambios y a actuar en consecuencia. Estos conocimientos se pueden adquirir en talleres como el realizado en esta investigación. Además según Heckman y Blanchard-Fields (2008) las personas mayores a pesar de disponer de más estrategias para la regulación emocional, éstas son pasivas. Ello unido a que en esta etapa se produce una disminución de la habilidad para integrar cognición y emoción, fomenta la importancia de la realización de talleres para potenciar la inteligencia emocional.

A pesar de que son muy escasos los trabajos realizados con personas mayores sobre el bienestar, si se ha encontrado uno con una muestra y método parecidos al presente estudio y al igual que en éste, se han obtenido resultados satisfactorios, demostrando que con un programa sobre el bienestar se puede mejorar la felicidad, satisfacción con la vida,

bienestar subjetivo, la gratitud y una significativa reducción de la depresión (Ortega, Ramírez, y Chamorro, 2015).

En cuanto a los objetivos planteados en este estudio, según los resultados obtenidos se han cumplido satisfactoriamente.

Tras la obtención de los resultados se comprueba que el taller ha sido positivo para la población a la cual se le ha aplicado, debido a que tanto los resultados cuantitativos como cualitativos han sido favorables. Este aumento del bienestar tras la aplicación del taller, muestra que una intervención centrada en la autoestima, las habilidades sociales y las emociones, favorece la felicidad subjetiva del individuo, aumentando con ello su calidad de vida y bienestar.

Con los resultados de esta investigación, se observa que a pesar de que el estudio ha sido realizado con personas válidas e independientes, hay una gran necesidad de conocimientos y apoyos sobre los cambios que se producen en esta etapa de la vida, ya que son numerosos y afectan a todas las áreas del sujeto, tanto a nivel físico y psicológico como económico. En la mayoría de los casos estas personas no están preparadas para tales cambios y supone un gran desequilibrio en sus vidas, por lo tanto existe una gran necesidad de apoyo e información sobre estos.

Por ello se cree oportuna la figura de un psicólogo en los centros de día, centros de participación activa y todos aquellos relacionados con la participación de la persona mayor y su bienestar, ya que a pesar de que en la actualidad no se consideran necesarios, tras la realización del taller y posteriormente de la presente investigación, junto a la comunicación con la dirección del centro de participación activa y los propios usuarios de éste, se ha visto la necesidad de esta incorporación, que teniendo en cuenta los resultados obtenidos se observa que sería una opción muy recomendable. Debido a los cambios antes mencionados en la vida de estas personas, en determinados momentos se sienten desbordados porque existen muchas dudas sin resolver, muchas preguntas sin respuestas, muchos conocimientos y creencias que en estos momentos no son útiles o no funcionan como se espera, ya que las situaciones cambian al igual que las personas, por ello ahora las soluciones de antes no son válidas en estas nuevas y diferentes circunstancias y aparece la necesidad de cambiar todo aquello que anteriormente

resultaba adecuado. Por todo esto se demuestra que hay una necesidad latente de un apoyo psicológico.

Basándome en las conclusiones de DeVol y Beldroussian (2007), puedo afirmar que el desarrollo del bienestar sería útil incluso desde un punto de vista económico, debido a que reduciría los costes personales producidos por una enfermedad, además de los costes sanitarios y otros costes indirectos como bajas médicas o la escasa productividad, en el caso de personas activas laboralmente.

Referencias bibliográficas

- Abellán, A., y Pujol, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, Indicadores estadísticos básicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS).
- Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M., et ál. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Revista Salud*.
- Ballester, R., Gil Llario, M. (2002). *Habilidades sociales*. Madrid: Síntesis.
- Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y el apoyo social percibido sobre el bienestar psicologico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*. 8(1), 29-38.
- Bazo, M.T., Garcia, B., Maiztegui, C., Martínez, J. (1999). Sociología de la vejez. (2ª ed.). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. (pp 47-94) Madrid: Medica Panamericana.
- Buz, J. y Bueno, B. (2006). *Las relaciones intergeneracionales*. Recuperado el día 10, 09, 2016, de <http://www.insersomayores.csic.es>.
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.
- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 45-63.
- Cuadros, A. (2013). Aproximación desde el trabajo social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 2173-8246.

- DeVol, R, y Bedrousson, A. (2007). *An unhealthy America: The economic burden of chronic disease*. Recuperado el día 8 de septiembre del 2016, de http://minority-health.pitt.edu/archive/00000851/01/ECONOMIC_BURDEN_OF_CHRONIC_DISEASE.pdf.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Grewall, D. D., Brackett, M., y Salovey, P. (2006). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. En D.K. Snyder, J.A. Simpson, y J.N.Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families* (pp. 37-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heckman, A., y Blanchard-Fields, F. (2008). Emotion Regulation in Interpersonal Problems: The Role of Cognitive-Emotional Complexity, Emotion Regulation Goals, and Expressivity. *Psychology and Aging*, 23 (1), 39-51.
- ILC. (2015). *ACTIVE AGEING: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*.
- INE. (2012). 2012: *Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad intergeneracional*. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas.
- INSERSO. (2006). *Institucionalización y dependencia*. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Ki-moon, B., (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Recuperado el día 3 de septiembre de 2016, de <http://www.helppage.es/sobre-envejecimiento/el-envejecimiento-en-el-siglo-xxi/>
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Sciences*, 10 (4), 120-123.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., y Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging of functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57B, P409-P417.
- Lopez, B., Fernandez, I. y Marquez, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 6 (2), 501-522.
- Molina, M.A. y Rodríguez, V. (2016). Envejecimiento activo en los programas electorales. Recuperado el día 3 de septiembre de 2016, de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2016/06/14/envejecimiento-activo-en-los-programas-electorales/>.

- Monjas, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Ortega, A. R., Ramírez, E., Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Jouenal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 5 (1), 23-33.
- Ortiz, J. B. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermeria XV*. 1, 25-31.
- Pía, M. (1990). *Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos*. Trabajo de Tesis. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Reid, A. (2004). Gender and sources of subjective well-being. *Sex Roles*, 51, 617-629.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, L., Choo, P. y Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology* 24(4), 422-429.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín-Aragón, M. Leyda-Menéndez, J.I., Neipp, M.C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.
- Trujillo, S. (2005). Agenciamiento Individual y Condiciones de vida. *Univ Psicol Bogotá, Colombia*, 4 (2): 221-229.
- UNFRA Y HelpAge International (2012). *Envejecimiento del Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Estados Unidos: Fondo de aplicación de naciones unidas.
- Vázquez, C., Hervas, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 5, 15-28.
- Villar, F., Triado, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing A Policy Framework*.
- Zamarrón, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 52. Lecciones de Gerontología, II*, 4-19.

- Zoido, F. y Arroyo, A. (2003). La población de España. En A. Arroyo (coord.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*, (pp. 19-75). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.